

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

63

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy ILLOUZ

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 10 janvier 1932, à Oran (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

196

DE LA
PERFUSION DE POST-HYPOPHYSE
EN PRÉSENTATION DU SIÈGE

TRAVAIL DE LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL DE NEUILLY

Président : M. MERGER, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1961

7

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : ILLOUZ

Prénom : Guy

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

ILLOUZ (Guy) — De la perfusion de post-hypophyse en présentation du siège. — Paris, Imp. R. Foulon et C^{ie}, 1961, in-8°, 59 p., 6 traits.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1961, N°).

ILLOUZ (Guy) — De la perfusion de post-hypophyse en présentation du siège. — Paris, Imp. R. Foulon et C^{ie}, 1961, in-8°, 59 p., 6 traits.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1961, N°).

ILLOUZ (Guy) — De la perfusion de post-hypophyse en présentation du siège. — Paris, Imp. R. Foulon et C^{ie}, 1961, in-8°, 59 p., 6 traits.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1961, N°).

ILLOUZ (Guy) — De la perfusion de post-hypophyse en présentation du siège. — Paris, Imp. R. Foulon et C^{ie}, 1961, in-8°, 59 p., 6 traits.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1961, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy ILLOUZ

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 10 janvier 1932, à Oran (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

196

DE LA
PERFUSION DE POST-HYPOPHYSE
EN PRÉSENTATION DU SIÈGE

TRAVAIL DE LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL DE NEUILLY

Président : M. MERGER, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1961

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuéjoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Lœper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

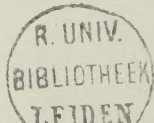
DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (<i>chaire à titre personnel</i>)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Saint-Antoine
	Salpêtrière
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	MATHEY (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	DECOURT (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	LAMY (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	FÜNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	MARCHAL (G.)
Cliniques médicales	ALAJOUANINE (T.)
	Broussais
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	BARIÉTY (M.)
	SOULIÉ (P.)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)



MM.

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque
	Port-Royal
	Tarnier
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	RENARD (G.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-phthisologie (Laënnec)	MARIE (J.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	BERNARD (E.)
Clinique de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	LELONG (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique urologique (Cochin)	LEMAIRE (A.)
Electrophysiologie médicale (<i>chaire à titre personnel</i>)	FÉY (B.)
Embryologie	DJOURNO (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GIROUD (A.)
Histologie	N...
Hygiène des collectivités (<i>chaire à titre personnel</i>)	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	DEPARIS (M.)
Hygiène et médecine préventive	TURPIN (R.)
Médecine du Travail	JOANNON (P.)
Médecine légale	DESOILLE (H.)
Parasitologie	PIÉDELIEVRE (R.)
Pathologie chirurgicale	GALLIARD (H.)
Pathologie exotique	COUVELAIRE (R.)
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER (G.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (<i>chaire à titre personnel</i>)	LENÈGRE (J.)
Pathologie médicale	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie et matière médicale	GARCIN (R.)
Physiologie	CHIEYMOL (J.)
Physiologie (<i>chaire à titre personnel</i>)	BINET (L.)
Physique médicale	BARGETON (D.)
Radiologie médicale	DOGNON (A.)
Technique chirurgicale	DESGREZ (H.)
Thérapeutique	PATEL (J.)
	BROHIET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	CABROL (C.)	Anesthésiologie	VOIRC'H (G.)
	COUINAUD (C.)	Bactériologie	NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i>
	OLIVIER (G.)		BARBIER (P.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i>		CHRISTOL (D.)
	BUSSE (F.)	Biochimie médicale	TOURNIER (P.)
	GOUYGOU (Ch.)		DESGREZ (P.) <i>pr. s. ch.</i>
	ORCEL (L.)		POLONOVSKI (J.) <i>m. conf.</i>
	PAILLAS (J.)		SCHAPIRA (G.) <i>m. conf.</i>

MM.

Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.) <i>m. conf.</i>
Carcinologie . . .	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato- Syphiligraphie . .	DUPERRAT (B.)
Electro- Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Embryologie . . .	Tuchmann-Duplessis (H.)
Hématologie . . .	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	{ COIJARD (R.) <i>pr. s. ch.</i> MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses . . .	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	{ DERObERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie . .	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie . .	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino- laryngologie . . .	DEBAIN (J.)
Parasitologie . . .	{ BRUMPT (L.C.) <i>pr. s. ch.</i> CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale . . .	{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) <i>agr. per.</i> LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)

MM.

Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale . . .	{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.) <i>m. conf.</i> CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) <i>m. conf.</i> ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie- Puériculture . . .	{ JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie . . .	{ LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i> BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	{ PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.) <i>m. conf.</i>
Pneumo- Phthisiologie . . .	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie . . .	DELBARRE (F.)
Stomatol- gie	{ CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.) <i>m. conf. agr.</i> GRELLET (M.)
Thérapeutique . . .	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)	Clinique neuro- rhumatologique	DE SÈZE (S.)
	AMELINE (A.)		GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)	Clinique obstétricale . . .	LEPAGE (F.)
	LÉGER (L.)		MAYER (M.)
	OLIVIER (C.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.)
	ROUX (M.)		OFFRET (G.)
Clinique médicale	VERNE (J.-M.)	Clinique O.R.L.	MADURO (R.)
	HAGUENEAU (J.) <i>pr. s. ch</i>		
	BOUDIN (G.)	Clin. pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
	CONTE (M.)		
	DOMART (A.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
	MILLIEZ (P.)		
	PERRAULT (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUIROY (P.) <i>prof. sans chaire</i>
Biochimie médicale	ETTORI (J.) <i>prof. à titre personnel</i>
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) <i>prof. sans chaire</i>

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlles CHAINTREUIL (G.), HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*A qui je dois tout.
En témoignage de mon amour filial.*

A MA GRAND-MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR EDMOND LÉVY-SOLAL

Professeur Honoraire de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Par votre très grande sollicitude à notre
égard vous êtes pour nous plus qu'un
Maître, un guide, un parrain.*

*De vos conseils précieux, vous avez
orienté nos débuts en Obstétrique.*

*Vous n'avez cessé d'encourager nos
efforts.*

*Vous vous êtes réjoui de nos succès uni-
versitaires.*

*Les mots seraient impuissants à vous dire
notre reconnaissance.*

AU PROFESSEUR GEORGES SCHAPIRA

Professeur de Chimie Pathologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chef du Laboratoire de Recherches de l'Hôpital des Enfants-Malades

AU DOCTEUR FANNY SCHAPIRA

Je vous dois d'être venu à Paris y poursuivre mes études médicales.

Toujours vous m'avez accueilli avec amitié, encouragé, conseillé autant avec votre cœur qu'avec votre expérience.

Soyez assurés de mon affectueuse reconnaissance.

AU PROFESSEUR ROBERT MERGER

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Votre Didactique marquera toujours vos élèves.

Vous nous avez enseigné, outre les principes de l'Obstétrique et de la Gynécologie, la rigueur dans le raisonnement, la précision dans le verbe, la réflexion dans la décision opératoire.

Par vos constantes recherches, vous avez encouragé la poursuite de ce travail. Puisse-t-il être un modeste témoignage de la respectueuse admiration que nous vous portons.

AU PROFESSEUR FUNCK-BRENTANO

Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Chirurgie

C'est à Broca, sous votre très haute direction, que nous avons fait nos premières armes en Gynécologie.

Nous avons assisté à vos brillantes interventions ; à vos conférences, nous nous sommes passionnés tant pour leur éloquence que pour leur érudition ; nous vous devons d'y avoir entendu s'exprimer les opinions étrangères les plus autorisées.

Veuillez croire à notre infinie gratitude.

AU DOCTEUR PAUL MORIN

Professeur Agrégé d'Obstétrique
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

Vous nous avez appris la pratique de l'Obstétrique et de la Gynécologie souvent avec l'indulgence, toujours avec l'autorité d'un grand Maître.

Votre simplicité, votre gentillesse, votre profonde humanité n'ont fait qu'augmenter l'admiration et le respect que vous inspirez à votre élève.

Qu'il nous soit permis aujourd'hui de vous exprimer notre profond attachement.

AU DOCTEUR M. PH. TORRE

Gynécologue-Accoucheur de l'Hôpital de Neuilly
Gynécologue-Accoucheur du Hertford British Hospital

Pendant les deux années où vous avez bien voulu nous confier les fonctions d'interne vous avez suivi pas à pas nos progrès en Obstétrique.

Vous nous avez enseigné la patience, l'amour du geste bien fait ; vous nous avez donné l'exemple quotidien d'une virtuosité dans le maniement du forceps.

Vous avez inspiré notre thèse et éclairé sa rédaction de vos conseils.

Puissiez-vous trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

AU DOCTEUR SOLANGE TROISIER

Gynécologue-Accoucheur Assistant des Hôpitaux de Paris

Votre sollicitude pour vos malades, votre souci constant d'enseigner à vos collaborateurs, en un mot votre rayonnement marqueront à jamais nos souvenirs.

AU DOCTEUR JEAN LÉVY

Gynécologue-Accoucheur Assistant des Hôpitaux de Paris

Il nous serait impossible de dire tout ce que vous nous avez appris au fil des heures de garde, au cours des consultations, dans les discussions au lit des malades.

Puissions-nous être digne de l'accueil que vous nous avez toujours réservé.

AU DOCTEUR JEAN BARRIER

Gynécologue-Accoucheur Assistant des Hôpitaux de Paris
Gynécologue-Accoucheur Assistant de l'Hôpital de Neuilly

AU DOCTEUR R. TROCELLIER

Gynécologue-Accoucheur Attaché à l'Hôpital des Enfants-Assistés

*Qui, au cours des heures de garde à
l'Hôpital de Neuilly, m'ont apporté sans
réserve leur aide précieuse.*

AU DOCTEUR RAYMOND GATELMAND

Attaché de Chirurgie à l'Hôpital de Neuilly

*Qui a bien voulu m'honorer de son
amitié.*

AU DOCTEUR JEAN MELCHIOR

Gynécologue-Accoucheur Assistant au Centre Médico-Chirurgical Foch

AU DOCTEUR GAUD

Qui m'ont beaucoup appris.

AU DOCTEUR SEVIN

Qui m'a fait découvrir la Médecine Psychosomatique en Gynécologie.

« Une cause commune, souvent un mauvais utérus, est à l'origine et de la mauvaise présentation et du mauvais travail. »

P. LANTUÉJOL

Introduction

Pour corriger la dystocie dynamique, de fait souvent associée à la présentation du siège, les extraits de post-hypophyse en injection intra-musculaire avaient été préconisés. Mais les accidents survenus par hypertonie, contracture ou rétraction de l'anneau de Bandl (accidents dont nous rapportons un exemple page 23), ont fait de plus en plus abandonner cette voie d'administration.

Nous devons au Professeur VARANGOT d'avoir introduit en France une nouvelle technique : la perfusion intra-veineuse lente de post-hypophyse, dont les résultats se sont montrés très encourageants. Dès lors, il était intéressant de savoir si cette technique n'apporterait pas quelque chose de nouveau dans la conduite de l'accouchement en présentation du siège.

Notre Maître le Professeur MERGER et collaborateurs ont rapporté récemment 2.000 observations de perfusions : 114 d'entre elles concernaient la présentation du siège avec des conclusions extrêmement favorables.

CRÈZE et ROUCHY, à Angers, analysent 1.096 perfusions dont 101 au cours du siège. Ils concluent à l'intérêt de cette méthode à dilatation complète et aux dangers qu'elle peut présenter en cours de travail.

Dans une statistique portant sur 339 sièges, les Professeurs LACOMME et LE LORIER étudient les résultats de 61 perfusions. Ces auteurs font preuve d'une très grande réserve et, loin de répondre aux espoirs qu'ils fondaient en elle, la perfusion de post-hypophyse n'a apporté, selon eux, aucun progrès évident dans le pronostic fœtal.

Tel n'est pas l'avis de l'école bordelaise qui, avec MAHON et RIVIÈRE, adopte presque systématiquement la perfusion à dilatation complète.

Un travail récent, réalisé dans le service du Professeur SNOECK, à Bruxelles, conclut dans le même sens, bien que son auteur critique la valeur de sa propre statistique réalisée d'après lui sur une trop courte série.

Première partie

A la Maternité de l'Hôpital de Neuilly, de 1953 à 1958, nous avons pratiqué 82 perfusions de post-hypophyse sur des présentations du siège et nous en rapportons ici les résultats.

Depuis 1956, à la suite de nombreux auteurs, l'indication de perfusion a été réduite aux sièges à dilatation pratiquement complète. L'idée qui inspirait notre conduite est que la perfusion devait écourter, de façon notable, la période d'expulsion, et remplacer l'expression abdominale si souvent associée aux manœuvres sur tête dernière.

TECHNIQUE

- Le produit utilisé depuis 1953 : extrait post-hypophysaire total, est remplacé depuis près d'un an dans le service par l'hormone synthétique.
- La dose utilisée est :
 - soit 5 unités pour 250 cm³ de sérum glucosé isotonique ;
 - soit 10 unités pour 500 cm³ de sérum glucosé isotonique ;de façon à réaliser la même dilution.
- Le débit est toujours très lent : au début, 12 gouttes/minute, et, selon la réaction utérine, on règle ce débit qui ne doit pas dépasser 30 gouttes/minute.
- La surveillance doit être très rigoureuse et porter :
 - d'une part, sur la fréquence, l'intensité et la durée des contractions et sur le relâchement utérin intercalaire, de façon à dépister une hypertonie réactionnelle ;
 - d'autre part, sur la qualité des bruits du cœur, de façon à diagnostiquer précocement tout signe de souffrance fœtale.

MATÉRIEL D'ÉTUDE

Nous avons étudié 200 accouchements en présentation du siège et nous devons souligner que ces accouchements se sont déroulés en série continue de 1953 à 1958 dans les mêmes conditions de travail d'une maternité hospitalière et faisant intervenir par conséquent des accoucheurs d'expérience éminemment différente : chef de service, assistants, internes, externes...

Nous avons éliminé de notre statistique tous les prématurés de poids inférieur à 2.000 g, les fœtus morts et macérés, ainsi que les fœtus porteurs de malformations incompatibles avec la vie, soit 29 fœtus.

Par contre, nous avons volontairement fait figurer tous les fœtus de poids compris entre 2.000 et 2.500 g, et dont on connaît la fragilité et les grandes difficultés d'élevage.

Il reste 171 accouchements :

— dont 146 par voie basse ;

— et 25 par césarienne.

TABLEAU I

Parité	Mode	Nombre	Césariennes	Accouchements par voie basse	Grandes extractions	Perfusions	Mort foetale
PRIMIPARES	D	80	15 = 18 %	65	3	42	3 = 3,7
	C	23 16,5 %	2 = 9 %	21	4	8 4,8 %	2 = 9
MULTIPARES	D	44	4 = 9,9 %	40	0	26	3 = 6,7
	C	24 11,6 %	4 = 16,6 %	20	4	6 5,6 %	1 = 4,1
TOTAUX		171	25	146	11	82	9
%		100	14,5 %	85,5 %	6,4 %	47,9 %	5,2 %

Les 146 accouchements par voie basse sont répartis comme suit :

— 64 accouchements se sont déroulés sans perfusion ;

— 82 après perfusion de post-hypophyse :

— 63 à dilatation complète et

— 19 avant dilatation complète.

Nous nous sommes tout particulièrement attachés à établir le parallèle entre les 64 accouchements non perfusé et 63 après perfusion de post-hypophyse posée à dilatation complète.

LES RÉSULTATS

Nos points de comparaison seront :

- 1° La mortalité néo-natale et péri-natale (au cours des dix jours de séjour à la maternité).
- 2° La fréquence des réanimations.
- 3° Le nombre d'accouchements compliqués, du fait :
 - soit d'un relèvement des bras ;
 - soit d'une rétention de tête dernière.
- 4° Les échecs.

I) MORTALITE FŒTALE

La mortalité globale du siège dans cette série est de 9 morts pour 171 sièges de plus de 2.000 g, soit 5,2 %.

- Sur 82 sièges perfusés, il y a eu 5 morts, soit une mortalité globale de 6 %.
- Les 63 sièges ayant eu une perfusion à dilatation complète, ont eu 4 morts, soit une mortalité de 6,3 %.
- Sur les 19 sièges ayant reçu une perfusion avant dilatation complète, 1 seul décès, soit une mortalité de 5,7 %.
- Parallèlement, pour 64 sièges non perfusés, il y a eu 4 morts, soit une mortalité de 6,2 % — chiffre identique à celui obtenu après perfusion à dilatation complète.

C'est dire que dans cette série, la perfusion n'a rien changé au pronostic vital des fœtus nés par le siège.

Telle était la conclusion de LACOMME et LE LORIER, en 1955, pour 48 perfusions à dilatation complète.

a) MORTALITÉ EN FONCTION DE LA PARITÉ

Globalement, la mortalité est légèrement plus élevée chez les multipares. Ce résultat doit être attribué au nombre plus élevé de

Ci-contre :

TABLEAU II

50 PRIMIPARES PERFUSEES — ECHecs

Ci-dessous :

TABLEAU III

32 MULTIPARES PERFUSEES

	Total	Mode	Accouchements simples	Petite extraction	Grande extraction + césarienne	Ranimé	Décès
de 0' à 20'	15	D 12 C 3	11 3	1 0		2	1
de 20' à 40'	13	D 12 C 1	11 1			1	1
de 40' à 60'	15	D 11 C 4	8 4	3		1	1
+ de 60'	7	D 7	5		1 +césarienne	1	
Totaux	50	50	43	4	1 +césarienne	5	3
%			86 %	8 %	4 %	10 %	6 %

	Total	Mode	Accouchements simples	Petite extraction	Grande extraction	Ranimé	Décès
de 0' à 20'	19	D 15 C 4	14 1	1 3	0 0	1 0	
de 20' à 40'	3	D 2 C 1	2 1				
de 40' à 60'	7	D 6 C 1	5 0	1 1			1 1
+ de 60'	3	D 3	2	1			
Totaux	32	32	25	7		1	2
%	100 %		78 %	22 %			

césariennes pratiquées chez la primipare, spécialement en présence d'un siège décomplété (18 %).

Cette attitude suffit sans doute à expliquer l'apparente gravité du siège complet chez la primipare.

En l'absence de perfusion, la mortalité fœtale chez les primipares est de 5,5 %, chez les multipares de 7,1 %.

Après perfusion, il n'y a plus aucune différence dans la mortalité : 6 %, qu'il s'agisse de primipares ou de multipares.

b) Nous avons cherché s'il existait UN RAPPORT ENTRE LA FRÉQUENCE DES DÉCÈS ET LA DURÉE DE LA PERFUSION A DILATATION COMPLÈTE :

— dans les 30 premières minutes :	0 décès
— après 40 mn de perfusion :	1 décès pour 5 cas, soit 20 %
— après 45 mn de perfusion :	1 décès pour 5 cas, soit 20 %
— après 60 mn de perfusion :	2 décès pour 8 cas, soit 25 %

Il semble donc qu'à une durée plus longue de la perfusion corresponde une fréquence accrue des morts fœtales.

Nous rapporterons dans cette rubrique une observation qui remonte à 1953 et qui nous paraît intéressante, car elle confirme de façon quasi expérimentale les dangers des extraits post-hypophysaires en injection intra-musculaire :

Mme C..., III^e pare de quarante et un ans, entre dans le service le 5 août 1953, à 12 heures.

On note :

— Grossesses à terme. H.U. : 35 cm.

— Siège en bas. Dos à Droite. B d C +.

— T.V. : col diminué de longueur. Siège décomplété très élevé, membranes rompues.

21 heures :

Dilatation grande paume. C.U. espacées. Siège engagé à la partie haute. B d C +.

On fait 2,5 U d'hypophyse + papavéryl + O₂.

21 h 45 :

La dilatation s'est complétée.

C.U. brèves et inefficaces.

B d C +.

On fait 2,5 U d'hypophyse + papavéryl + O₂.

22 h 30 :

Siège à la vulve en S.I.D.A.

C.U. faibles, espacées.

On fait 5 U d'hypophyse

→ Les B d C sont alors modifiés dans leur rythme et leur intensité.

On fait aussitôt O_2 + caféine et coramine.

22 h 50 :

Le siège apparaissant à la vulve, on pratique une grande extraction, au cours de laquelle on note un relèvement des bras. Enfin, la manœuvre de Mauriceau terminée est particulièrement pénible et nécessite une expression abdominale énergique.

Il naît un enfant de sexe masculin, pesant 3,900 g, en état de syncope blanche, on n'a été impossible de ramener par les soins habituels et présentant une ecchymose frontale.

Nous nous sommes bornés à rapporter cette seule observation, bien que par ailleurs nous en possédions plusieurs autres exemples tout aussi stéréotypés.

On se trouve en présence d'un uterus hypotonique dont on veut corriger la contractilité par l'injection intra-musculaire d'hypophyse pratiquée à un stade terminal de la dilatation.

Avant l'injection, les B d C sont perçus.

Après l'injection les B d C ne sont plus entendus ou sont très modifiés, on est contraint devant cette souffrance fœtale caractérisée à pratiquer une grande extraction rendue extrêmement pénible par un uterus contracture qu'une anesthésie générale n'arrive pas toujours à faire céder.

La rétraction de l'anneau de Bandl se fait sentir lors des manœuvres d'extraction de fœtus dernière. Et c'est le plus souvent sur les manœuvres obstétricales, donc sur l'accoucheur que l'on reporte la responsabilité de l'exitus fœtal, en réalité seul imputable à l'imprudence thérapeutique du médecin appelé à surveiller l'accouchement.

III) SOUFFRANCE FŒTALE

Nous avons compté ici tous les enfants ayant nécessité plus de cinq minutes de soins de réanimation selon la technique habituelle.

- Sur 63 perfusion à complète, on a 5 réanimations, soit un pourcentage de 7,9 %.
- Sur 19 cas perfusés avant complète, une seule réanimation, soit 5,3 %.
- Sur 64 cas non perfusés 2 réanimations seulement, soit un taux de 3 %.

- Un accouchement sur 32 multipares perfusées a nécessité une réanimation longue, soit 3 % : après une perfusion de vingt minutes posée à dilatation complète.
- Sur 50 primipares perfusées, 5 nouveau-nés ont dû être réanimés, soit 10 %.

C'est donc surtout la primipare qui semble n'avoir tiré aucun bénéfice de la perfusion.

La perfusion à dilatation complète semble donc statistiquement avoir aggravé l'évolution de l'accouchement, les souffrances fœtales étant trois fois plus nombreuses chez la primipare.

- a) LA FRÉQUENCE DES RÉANIMATION EN FONCTION DE LA DURÉE DE PERFUSION A DILATATION COMPLÈTE (fig. 1).

Réanimation

— 15 mn	1 pour 14 cas : 7 %
— 20 mn	2 pour 12 cas : 16 %
— 50 mn	1 pour 6 cas : 16 %
— 90 mn	1 pour 2 cas : 50 %

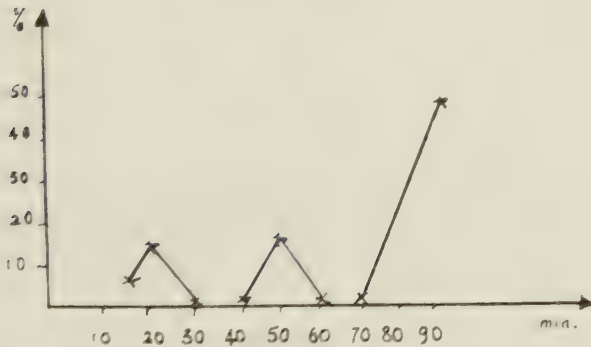


FIGURE 1

On constate ainsi que :

- 1° les souffrances fœtales surviennent dès les premières minutes de perfusion ;
- 2° globalement, une perfusion longue s'accompagne d'une fréquence très accrue des réanimations.

Les souffrances fœtales survenues au cours des premières minutes de perfusion pourraient être interprétées comme dues à une phase d'hypertonie initiale mal contrôlée.

b) POIDS MOYEN DES ENFANTS RÉANIMÉS : il est de 3.140 g.

Par contre, le poids des enfants réanimés n'ayant pas reçu de perfusion est de 2.520 g.

Cette différence suffit à montrer que la souffrance fœtale est survenue dans les deux cas chez des fœtus de maturité différente, la perfusion ayant semble-t-il favorisé une souffrance fœtale chez de gros enfants.

III) ETUDE DES ACCOUCHEMENTS COMPLIQUÉS

Nous rangerons dans cette rubrique les relèvements des bras, les difficultés sur tête dernière ou les lenteurs de progression de mobile fœtal au cours de l'expulsion ayant imposé, pour des raisons de mécanique obstétricale, l'intervention active de l'accoucheur.

Il est entendu que nous avons considéré comme accouchement simple tout accouchement qui s'est terminé par une manœuvre de Bracht, ou une manœuvre de Mauriceau pratiquée facilement.

Les deux tableaux ci-après (*Tableau IV* et *V*) permettent de comparer les résultats des accouchements où l'on a pratiqué une perfusion, et les autres cas.

Sur les 63 cas de perfusion, on a eu 12 accouchements compliqués, soit 19 %, dont :

- 10 petites extractions pour relèvement des bras ;
- 1 Mauriceau difficile pour rétention de tête dernière ;
- 1 grande extraction pour absence de progression après 1 h 30 de perfusion.

Sur les 19 cas perfusés avant dilatation complète, on note un relèvement des bras, soit 5 % d'accouchements compliqués.

Sur les 64 cas non perfusés, on compte 5 accouchements compliqués, soit 7,8 %, dont :

- 3 petites extractions ;
- 1 Mauriceau difficile ;
- 1 Champetier de Ribes pour rétention de tête dernière au-dessus du DS en OS.

Il est évident que dans cette statistique, la perfusion est apparue ici encore comme un facteur compliquant l'accouchement.

TABLEAU IV
APRES PERFUSION

Accident et son traitement	Parité	Age	Mode	Perfusion durée	Poids	Etat du foetus
RELEVEMENT DES BRAS PETITE EXTRACTION	II	26	D =	quelques min. à complète	3.700 g	Bon
d°	IV	25	C -	10 mn	3.610 g	Bon
d°	III	36	C -	10 mn	4.900 g	Bon
d°	IV	31	C -	15 mn	2.740 g	Bon
d°	I	20	D	45 mn	3.400 g	DECES
d°	I	25	D	50 mn	2.600 g	Réanimé - Bon
d°	I	29	D	50 mn	2.800 g	Bon
P.E. MAURICEAU difficile	III	38	C	60 mn	4.140 g	DECES
PETITE EXTRACTION	II	34	D =	60 mn	3.440 g	DECES
	II	31	D =	80 mn à G.P.	3.900 g	Bon
MAURICEAU difficile	II	21	D =	30 mn	3.450 g	Bon
RELEVEMENT DES BRAS PETITE EXTRACTION	II	24	D =	50 mn à Pte Paume	3.000 g	DECES
GRANDE EXTRACTION	I	23	D	90 mn	3.500 g	Réanimé - Bon

TABLEAU V
SIEGES NON PERFUSES

Accident et son traitement	Parité	Age	Mode	Poids	Etat du foetus
RELEVEMENT DES BRAS PETITE EXTRACTION	II	21	C -	3.400 g	Bon
MAURICEAU DIFFICILE PETITE EXTRACTION	II	23	C -	3.470 g	Bon
PETITE EXTRACTION	III	41	D -	3.900 g	DECES
RETENTION DE TETE AU-DESSUS DU D.S. CHAMPETIER	I	17	C -	3.000 g	DECES
MAURICEAU DIFFICILE	III	28	D -	3.130 g	Réanimé 10 minutes Décédé

Au cours des perfusions d'hypophyse, les accouchements simples ont été moins fréquents chez les multipares (78 %) que chez les primipares (88 %).

Ce résultat doit être attribué, d'une part à la plus grande fréquence des césariennes pratiquées en tout début de travail chez les primipares, d'autre part au nombre plus grand de gros fœtus chez les multipares.

Deux faits sont à noter que l'on rapprochera des remarques faites sur la fréquence des souffrances fœtales :

- 1° Les accouchements compliqués se placent le plus souvent en tout début de la perfusion ou, au contraire, après un long intervalle de temps.
- 2° Il semble légitime d'attribuer les complications mécaniques à une rétraction de l'anneau de Bandl qui désolidariserait le bloc tête-tronc.

D'autre part, certaines souffrances fœtales, certaines morts fœtales sont dues à des phénomènes d'anoxie, survenus dès les premières minutes de perfusion, lors de la phase d'hypertonie initiale, à plus forte raison si la perfusion posée à dilatation complète se prolonge au delà de délais raisonnables (quarante-cinq minutes).

Accouchements compliqués

5 mn	1 sur 2 : 50 %	45 mn	1 sur 5 : 20 %
10 mn	2 sur 4 : 50 %	50 mn	2 sur 6 : 33 %
15 mn	1 sur 13 : 8 %	60 mn	2 sur 6 : 25 %
20 mn	0 sur 12 : 0 %	80 à	
30 mn	1 sur 8 : 12 %	90 mn	2 sur 3 : 66 %

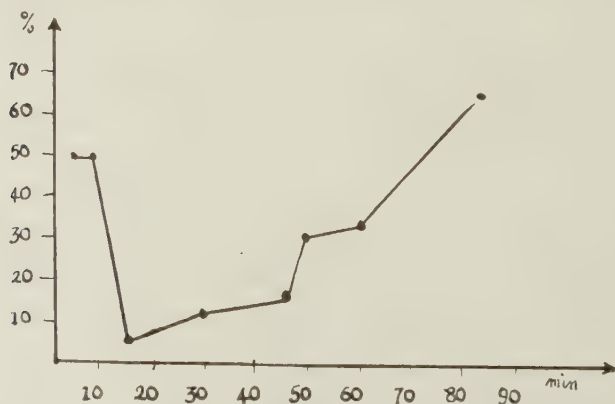


FIGURE 2

IV) TOTAL DES COMPLICATIONS A DILATATION COMPLETE

Dans cette rubrique, nous réunissons de façon assez artificielle des faits aussi disparates que souffrance fœtale, accouchements compliqués et décès, et nous cherchons ainsi à vérifier s'il existe un rapport entre ces différents accidents et la durée de la perfusion.

Nous avons :

— 5 mn	1 sur 2 :	50 %
— 10 mn	2 sur 4 :	50 %
— 15 mn	1 sur 13 :	8 %
— 20 mn	2 sur 12 :	16 %
— 30 mn	1 sur 8 :	12 %
— 40 mn	1 sur 5 :	20 %
— 45 mn	2 sur 5 :	40 %
— 50 mn	3 sur 6 :	50 %
— 60 mn	4 sur 8 :	50 %
— 80 à		
— 90 mn	3 sur 3 :	100 %

Ces chiffres nous permettent de dresser la courbe suivante (*fig. 3*).

L'aspect de cette courbe nous conduit à la même conclusion que ci-dessus : les complications sont, de façon fréquente, groupées au début et à la fin de la courbe.

V) LES ECHECS

Deux échecs sont au passif de la perfusion, tous les deux survenus chez des primipares :

a) A DILATATION COMPLÈTE

L'absence de progression a imposé une grande extraction après une perfusion de 1 h 30.

Enfant vivant de 3.500 g, ranimé pendant dix minutes.

b) AVANT DILATATION COMPLÈTE

Après 3 h 30 de perfusion posée à petite paume, on a pratiqué une césarienne pour non progression de la présentation et modification des bruits du cœur : enfant vivant de 4.610 g.



FIGURE 3. — Complications en fonction de la durée de la perfusion pratiquée à dilatation complète

VI) INCIDENCES DU POIDS DU FŒTUS SUR LE DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

On a pu écrire (VERMELIN et RIBON) que le gros fœtus en présentation du siège accouchait plus facilement parce qu'il constituait un meilleur coin dilatateur.

Nous nous rangerons plutôt à l'avis de LACOMME et LE LORIER qui insistent sur les dangers courus par les fœtus de plus de 3.500 g, selon eux, la zone de poids la plus favorable étant comprise entre 3.000 et 3.500 g.

En effet :

1° Nous avons calculé le poids moyen des fœtus nés après perfusion et dont l'accouchement a nécessité une manœuvre telle que

petite extraction, Mauriceau difficile ; il est de 3.580 g : il s'agit donc de gros fœtus.

2° Nous avons étudié le rapport entre la durée de la perfusion et le poids du fœtus : la courbe obtenue (fig. 4) montre un rapport évident, la durée de la perfusion croît de façon linéaire avec le poids fœtal.

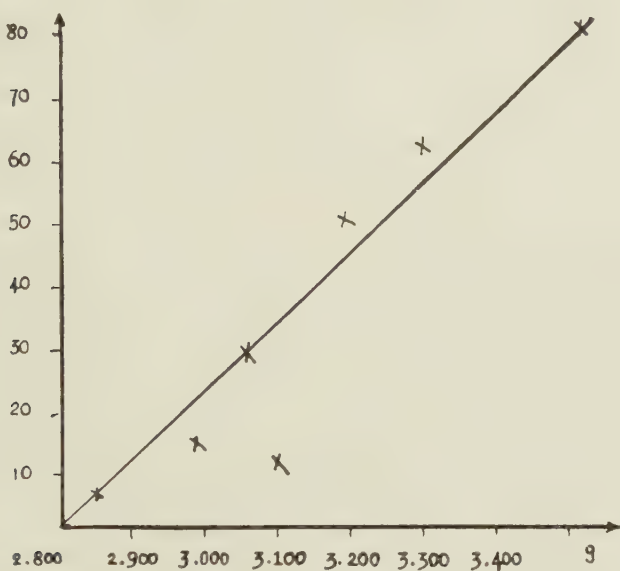


FIGURE 4. — Durée de la perfusion en fonction du poids

3° Nous avons calculé plus particulièrement les complications survenues au cours des accouchements des fœtus :

a) Dont le poids va de 3.500 g à 4.000 g :

- 17 % d'accouchements difficiles ;
- 30,4 % de césariennes ;
- 4 % de décès ;

reste :

- 49 % d'accouchements naturels avec enfant vivant.

b) Dont le poids est de plus de 4.000 g :

- 75 % de césariennes ;
- 15 % de décès ;

d'où 10 % : naissance d'enfant vivant par voie basse.

Il est évidemment hors de question de conclure qu'il n'est pas possible de faire naître par voie basse d'enfant de plus de 4 kg en présentation du siège.

Seule importe pour nous la progression très vite croissante des difficultés en fonction du poids, comme le schématise la courbe (fig. 5).

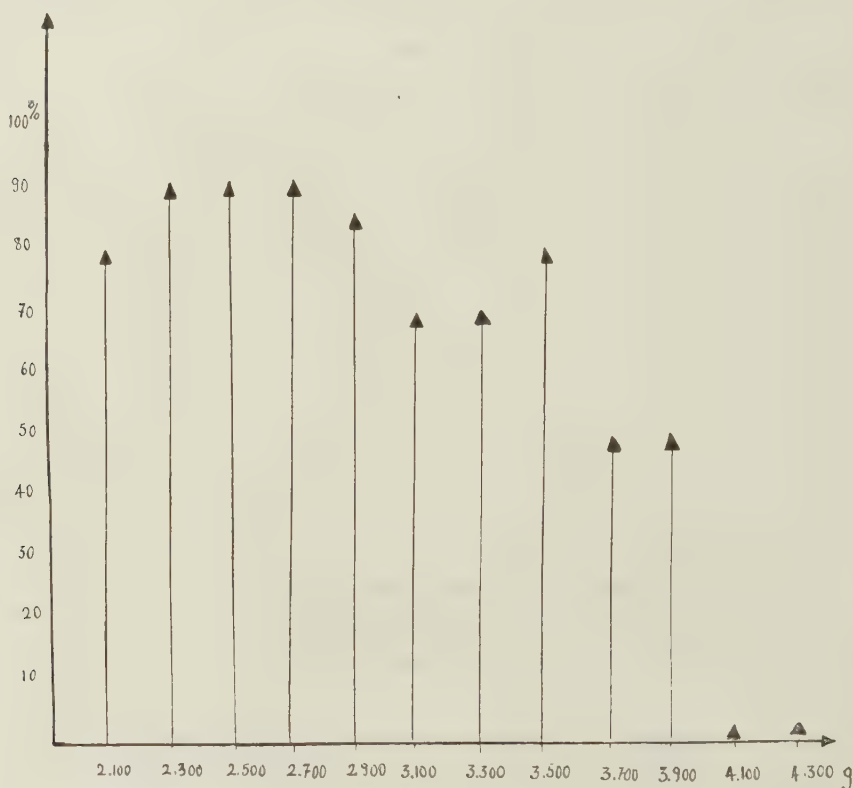


FIGURE 5. — Pourcentage des enfants vivants nés par voie basse en fonction de leur poids

DISCUSSION

Nous devons, au terme de cette étude, rappeler quelques chiffres classiques concernant la mortalité dans le siège.

Mme LACHAPELLE citait une mortalité de 14 %.

On a opposé la lourde mortalité de la grande extraction : 25 % (FACQ, à Nancy) et de la petite extraction : 17 % (FACQ, à Nancy)

à celle de l'expulsion entièrement spontanée : 2,9 % (VERMELIN et RIBON).

Citons également les chiffres fournis par LACOMME et LE LORIER ; dans leur étude, la mortalité est passée de 5,6 % à 9,3 % depuis que, d'une part ils introduisaient la perfusion systématique à dilatation complète et pratiquaient, d'autre part, de plus en plus, l'accouchement à la Vermelin. La césarienne reste à un taux de 12 %.

Dans cette série, nous arrivons à une mortalité globale épurée de 5,2 %, avec un taux de césariennes de 14,5 %, césariennes pratiquées dans l'immense majorité des cas, en tout début de travail, pour un bassin rétréci. Nous n'avons relevé sur 25 césariennes que 3 cas de dystocie dynamique, dont un est un échec de la perfusion. Dans les deux autres cas, le contexte clinique nous a fait opter pour la voie haute, sans essayer de poser une perfusion.

Quel a donc été l'apport de la perfusion de post-hypophyse dans la présentation du siège ?

A dilatation complète, nos espoirs ont été déçus. Il semble même que, statistiquement, un certain nombre d'accouchements aient été aggravés, soit en ce qui concerne leur mode de terminaison, soit pour les difficultés de la réanimation.

Par contre, avant dilatation complète, notre impression (car nous ne rapportons que 19 cas et ne pouvons parler de statistique valable) a été moins défavorable que la littérature ne le laissait prévoir.

Nous avons, par ailleurs, calculé le temps écoulé depuis l'installation de la perfusion jusqu'à la naissance : il est de vingt-sept minutes pour les multipares, trente-neuf minutes pour les primipares. Ces chiffres tendent à prouver que la durée de l'expulsion a tout de même été raccourcie par la pratique de la perfusion et que ce sont surtout les multipares qui ont bénéficié de la méthode.

Deuxième partie

Au terme du travail précédent, la question se posait pour nous de savoir si nous devions poursuivre l'expérience. Nous étions enclins à une très grande prudence et, somme toute, assez sceptiques sur les résultats : la perfusion n'avait pas changé grand-chose au pronostic du siège.

Nous avons toutefois décidé de persévérer en introduisant deux modifications importantes à la perfusion telle que nous l'avions conçue jusqu'alors.

MODIFICATIONS TECHNIQUES

PREMIER POINT

Depuis janvier 1959, nous avons décidé d'utiliser exclusivement l'hormone post-hypophysaire synthétique.

Rappelons-en les caractéristiques expérimentales :

1° L'hormone extractive contenait 4 à 7 % de vasopressine, c'est-à-dire une quantité considérée somme toute comme négligeable.

Mais avec l'hormone synthétique plus de doute, comme l'ont montré les travaux de :

— BOSH et KASER qui notent le comportement de la pression artérielle au cours d'un goutte à goutte chez une parturiente au stade pré-éclamptique malgré une augmentation rapide des doses de syntocinon, la pression reste pratiquement à sa valeur initiale.

- FRANCIS et WINIFRED qui ne notent aucune modification tensionnelle dans la majorité des cas.

Signalons, enfin, les travaux de MAYES et SHEARMAN qui notent une baisse tensionnelle de 14 à 40 mmHg à des doses un peu élevées.

Disons d'emblée que nous n'avons pas retrouvé de modification de la T.A. ni dans un sens, ni dans l'autre.

- 2° L'usage intra-veineux de l'hormone extractive au cours d'une anesthésie générale était grevé du risque de constriction coronarienne et de fibrillation cardiaque, en raison précisément de la présence de vasopressine. Nouveau danger écarté avec l'ocytocine synthétique.
- 3° L'ocytocine synthétique a une action toujours identique à elle-même.
- 4° Les études hystérogaphiques ont montré que l'hormone agissait essentiellement sur la flèche de contraction, sans effet sur le tonus de base. C'est là une notion capitale puisque nous sommes dès lors certains d'obtenir un excellent relâchement interphasaire.

DEUXIEME POINT

Nous avons étendu l'usage de la perfusion à la période de dilatation (alors que, jusqu'à présent, nous l'avions surtout réservé à la période d'expulsion) et nous pouvions le faire à partir du moment où nous étions sûrs de l'innocuité du produit utilisé.

Nos arguments étaient, en outre :

— A dilatation complète, les faits prouvent que de temps en temps la parturiente en début de phase d'expulsion, déplace sa perfusion, ce qui perturbe le débit.

— A complète, l'installation de la perfusion arrive parfois trop tard. Pourquoi ne pas essayer d'obtenir une dilatation plus « physiologique » sans à-coups — toujours en surveillant de très près la réaction utérine et le comportement fœtal ?

Ainsi, la perfusion posée au début de la dilatation devrait nous permettre par son action sur le col, d'avoir un nouvel élément pronostique important et, au cas où l'épreuve serait négative, de passer par voie haute sans attendre.

La perfusion est conçue comme une épreuve thérapeutique valable et non plus comme un traitement de la dernière heure qui, comme certaines manœuvres obstétricales, arrivant trop tard, peuvent difficilement réparer une situation déjà compromise.

MATÉRIEL D'ÉTUDE

Il est de 45 sièges de poids supérieur à 2.000 g, dont :

- 1 siège extrait par césarienne ;
- 12 sièges non perfusés ;
- 15 sièges ayant reçu une perfusion avant dilatation complète ;
- 17 sièges ayant reçu une perfusion à dilatation complète.

Nous avons adopté les mêmes critères d'étude :

- 1° La mortalité péri-natale.
- 2° La fréquence des réanimations.
- 3° Les accouchements compliqués.
- 4° Les échecs : grande extraction ou césarienne après essai d'accouchement par voie basse.

TABLEAU VI

	SIEGES PERFUSES		SIEGES NON PERFUSES
	Avant complète	A complète ✓	
Nbre total	15	17	13
Décès	1 = 6,6 %	0 %	2 = 15,3 %
Réanimations	2 = 13,2 %	1 = 5,6 %	0 %
Accouchements compliqués	3 = 20 %	4 = 23,4 %	4 = 30 %
Echecs	0	0	1 = 7,6 %
Accouchements simples	80 %	76,6 %	62,4 %

Le *Tableau VI* résume nos résultats.

Il appelle quelques commentaires.

1) LA MORTALITE FŒTALE

Elle passe de 15,3 % à 3,2 % après perfusion.

Une telle différence ne peut être le fait du hasard.

D'autre part, la mortalité, de l'ordre de 6 % dans notre série précédente, a été ainsi abaissée de moitié.

On peut, dès lors, affirmer que la perfusion d'hormone post-hypophysaire synthétique a amélioré très nettement le pronostic fœtal.

2) LES INTERVENTIONS OBSTETRICALES

DU TYPE « GRANDE » OU « PETITE EXTRACTION »

Elles ont été moins fréquentes après perfusion (22 %) qu'en l'absence de perfusion (30 %).

Dans la rubrique « accouchements simples », nous avons groupé ceux qui se sont déroulés sans manœuvres difficiles par voie basse : la comparaison est nettement en faveur de la perfusion — statistiquement, un siège sur cinq a pu accoucher très simplement grâce à elle.

3) UNE RESERVE TOUTEFOIS

Les réanimations longues semblent incontestablement plus fréquentes après la pose d'une perfusion (10 % contre 0 %).

Dans deux de ces cas, il s'agissait d'enfants de 4 kg, dans un troisième, il y avait une procidence du cordon. Or, nous avons insisté sur la dystocie liée au poids du fœtus, dystocie qui s'est traduite ici par une anoxie néo-natale.

Toutefois, en aucun cas, la longueur de la réanimation n'a imposé l'hospitalisation du nouveau-né dans un service spécialisé, et toujours sa sortie a été autorisée dans des délais normaux sans qu'il ait été constaté d'anomalie neurologique.

Il pourrait sans doute être intéressant de suivre par l'intermédiaire des consultations P.M.I. le développement psychomoteur de tels enfants avant souffert lors de l'accouchement. Ce serait là un travail qui dépasse le cadre de notre étude.

4) LES ECHECS

Nous n'en avons eu aucun dans cette série, sans doute parce que nos cas étaient mieux choisis.

5) DYSTOCIE LIEE AU GROS FŒTUS

Nous avons voulu vérifier ce que nous écrivions précédemment et, pour ce faire, nous avons dressé la courbe de fréquence des accouchements simples avec enfants vivants en fonction du poids du fœtus.

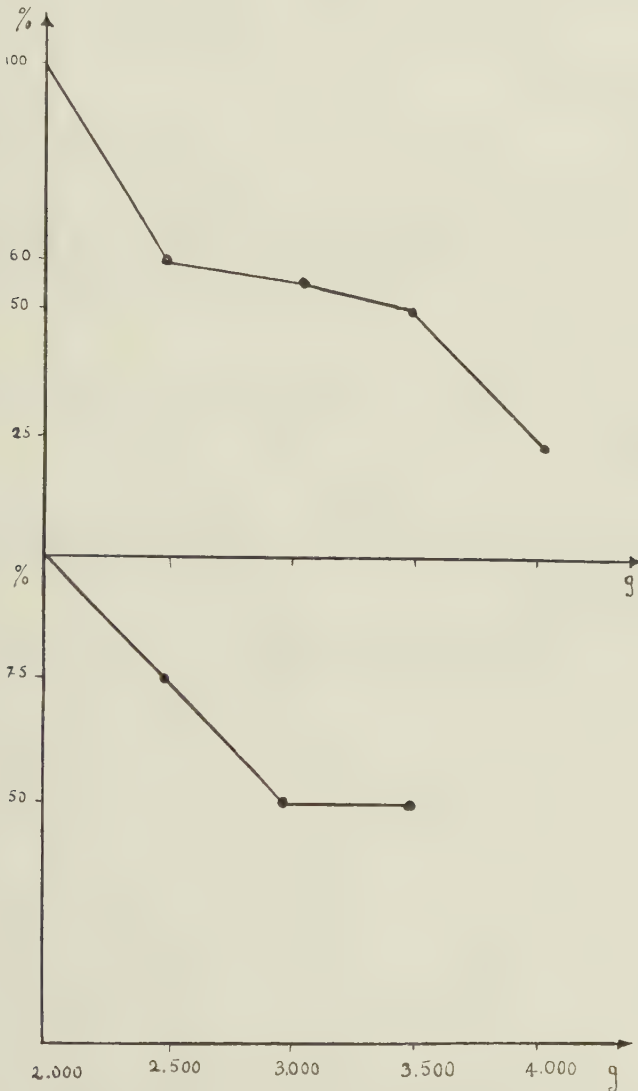


FIGURE 6. — Fréquence des accouchements simples en fonction du poids (enfants vivants)

Ce pourcentage, très voisins avec ou sans perfusion, est de l'ordre de 50 % entre 3.000 et 3.500 g, et tombe à la verticale à 25 % pour un poids de 4 kg.

Encore une fois, la notion de poids nous paraît d'une importance primordiale. Malheureusement, il nous est difficile de la prévoir avec précision. Certes, la hauteur utérine, la circonférence péri-ombilicale nous guideront utilement dans cette appréciation mais, dans ce domaine, des surprises désagréables demeurent dans la mémoire de tous les accoucheurs.

Il nous semble que cette notion doit figurer en bonne place dans le pronostic et dans la conduite à tenir. Un bassin normal autorise l'accouchement par voie basse, mais un fœtus volumineux qui, en présentation céphalique, passerait dans un bassin large, doit imposer certaines réserves en présentation de siège car, ne l'oublions pas, les difficultés vont ici en croissant du pôle pelvien au pôle céphalique, et c'est au dernier stade de l'accouchement que la tête, mal orientée, pourra déclencher les difficultés.

Résumons-nous quant aux résultats de cette deuxième série :

Succès :

- quant à la mortalité fœtale ;
- et la fréquence des accouchements compliqués, qui sont nettement abaissés par rapport à la série témoin et même la série antérieure.

Un point sombre : il persiste un taux trop important de réanimations que nous avons discuté par ailleurs.

Résultats d'ensemble

Les résultats de 190 accouchements en présentation du siège par voie basse (de 1953 à 1960) avec fœtus de plus de 2 kg sont résumés ci-après :

TABLEAU VII

	SIEGES PERFUSES (114)		SIEGES NON PERFUSES (76)
	avant D. complète : 34	D. complète : 82	
	5,1 %		
Décès	6 %	5 %	7,8 %
	7,6 %		
Réanimations	9 %	7,4 %	2,7 %
	16,3 %		
Accouchements compliqués	11,5 %	20 %	11,5 %

Ce tableau met en évidence :

1) A L'ACTIF DE LA PERFUSION

- a) Une mortalité fœtale abaissée de 7,8 % à 5,1 %.
- b) Des manœuvres obstétricales statistiquement augmentées lorsque la perfusion était pratiquée à complète, restent au même chiffre (11,5 %) lorsque la perfusion est faite avant complète.

2) LA FREQUENCE DES REANIMATIONS

La fréquence des réanimations de plus de cinq minutes est augmentée de façon importante.

Toutefois, aucune séquelle neurologique n'a été constatée durant le séjour du nouveau-né à la maternité.

Nous avons dit précédemment que la perfusion semblait avoir favorisé la souffrance fœtale chez les gros fœtus. C'est poser ici le problème de la légitimité de l'accouchement par voie basse des gros fœtus en présentation du siège.

La césarienne systématique pour gros enfant pouvant, par ailleurs, donner lieu à des abus, étant donné l'impossibilité actuelle de prévoir exactement volume et poids du fœtus.

Etude de la mortalité fœtale et péri-natale

Profitant de l'occasion qui nous était donnée, nous avons voulu analyser nos cas malheureux.

Dans le *Tableau VIII*, nous avons groupé 17 facteurs qui pourraient contribuer à expliquer l'issue fatale de l'accouchement.

Il nous faut souligner les 6 observations suivantes, où une seule cause suffit à expliquer la mort :

Obs. n° 1 : rapportée *in extenso* au début de ce travail (l'injection répétée d'hypophyse en sous-cutanée).

Obs. n° 5 : manœuvre de Champetier pratiquée sur tête dernière au-dessus du D.S.

Obs. n° 9 : procidence du cordon survenue à une dilatation insuffisante pour permettre une grande extraction immédiate.

Les observations n°s 2, 7, 10 peuvent s'expliquer par la malformation fœtale.

Discutons les autres cas :

1° Dans l'observation n° 11, nous notons UN LÉGER RÉTRÉCISSEMENT TRANSVERSAL ; c'est pour nous l'occasion de rappeler que l'épreuve du travail ne doit jamais être tentée en présentation du siège. Ici, le rétrécissement pelvien a dû être jugé très modéré pour autoriser la voie basse.

Toutefois, la présentation n'a pas été compatible avec un accouchement eutocique, comme en rendent compte les difficultés d'extraction.

2° LE POIDS DES ENFANTS est dans beaucoup de cas supérieur à 3.000 g. Nous avons par ailleurs trop insisté sur cette notion pour y revenir.

	Mode d'accouchement	Parité	Age	Mode du siège	Poids de l'enfant	Sexe	Bassin	Rupture prema ou précoce des membranes	D tr
1	Grande extraction	III	41	D	3.900	G	N	+	
2	Accouchement normal	V	28	D	2.830	G		+	
3	MAURICEAU difficile	III	28	D	3.130	G		+	
4	Petite extraction	I	20	D	3.400	G	N	+ (36 H)	
5	Petite extraction	I	17	C	3.000	F	N	0	
6	MAURICEAU facile	I	25	D	3.180	G	N	+	
7	Petite extraction	I	24	D	3.050	F	N	?	
8	Accouchement normal	I	22	D	2.650	G			
9	Grande extraction	I	24	C	3.460	G	N	+	
10	Petite extraction	II	34	D	3.440	G	N	+	
11	Petite extraction	IV	38	C	4.140	G	rétréci transv.?	+	
12	Accouchement normal	I	25	C	3.500	G	N	+	
13	Petite extraction	III	34	C	3.580	G	N	?	
Totaux	6 petites extractions	7primip.	30	7 D	4 3.500	10 G		9	sur la n est sée où l vail
	2 grandes extractions	6multip.		6 C		2 F			

3° LA RUPTURE PRÉMATURÉE OU PRÉCOCE des membranes apparaît comme un facteur quasi constant, de même que :

4° LA LONGUEUR DU TRAVAIL ; d'ailleurs, certains ont été jusqu'à assigner des limites de temps à un travail normal :

- six heures chez la multipare ;
- douze heures chez la primipare.

Nous avons tendance à les considérer comme des guides précieux.

5° LA LENTEUR D'EXPULSION est un facteur fréquemment rencontré.

6° Dans 9 cas, UN RELÈVEMENT DES BRAS, UNE RÉTENTION DE TÊTE DERNIÈRE sont venus compliquer l'accouchement, imposant des

TABLEAU VIII

usion	Relèvement des bras	Difficulté de tête dernière	Durée de l'expulsion	Lésions périnéales	Anesthésie maternelle	Autopsie	Divers
	+	+	1h.10				10 U S/C hypophyse
						Nombreuses malformations cardio-vasc.	Prémature 7 mois 3/4
		+	15'				
5'	+		45'	Épisiotomie Périnée compliqué	+		
0	+	+	30'	+	+	0	manoeuvre de Champentier
0'			40'	+			
0'	+		40'	importantes	+	Achondroplase	
0'						Hydrocéphale	
				+	+		procidence à petite paume
0'			35'	0	0	Pas d'H.M. Malform.Card.?	
0'	+	+	40'	épisiotomie	+		siège incliné + Hydramnios
0'			20'	épisiotomie			
	+	+					
	5	5	5 40'			3 malformations	

manœuvres d'extraction souvent de nécessité, et qui ont été accompagnées :

- d'une épisiotomie ;
- d'une anesthésie maternelle, venant ajouter au traumatisme obstétrical un facteur d'anoxie.

7° Le danger DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ CHEZ LA PRIMIPARE n'apparaît pas, mais il s'est traduit, nous allons le voir, par un taux plus important de césariennes.

Ces facteurs sont classiquement défavorables et leur synergie aggravante nous conduit à étudier quelle a été la place de l'intervention césarienne dans notre série.

Place de l'intervention césarienne

Sur un total de 216 sièges de poids supérieur à 2 kg, il a été pratiqué 26 césariennes, soit 11,5 %.

Pendant le même temps, on dénombre 2 % de césariennes en présentation céphalique. C'est dire que les mêmes opérateurs ont été 6 fois plus méfiants vis-à-vis de l'accouchement par le siège.

1) QUELLES ONT ETE LES INDICATIONS ?

- 14 bassins généralement rétrécis.
- 3 dystocies dynamiques dont 2 n'ont pas reçu de perfusion.
- 3 primipares âgées de plus de trente-cinq ans, porteuses de gros enfants, dont une avait été traitée pour stérilité pendant dix ans.
- 2 sièges inclinés.
- 1 placenta praevia recouvrant.
- 1 procidence du cordon.
- 1 souffrance fœtale survenue à 2 F.
- 1 utérus à éperon avec antécédent d'épaule.

Une indication domine : la dystocie mécanique.

Nous avons dit qu'il n'existait pas d'épreuve du travail pour présentation du siège. De même nous avons tenu compte de la notion de primiparité âgée : c'est pourquoi nous ne l'avons pas retrouvée de façon plus flagrante dans les causes de mortalité.

Quant aux dystocies dynamiques, nous devons dire que la décision était rendu nécessaire par une période de travail écoulée déjà importante sans aucun progrès.

2) INFLUENCE DE LA PARITE ET DU MODE DU SIEGE

a) PRIMIPARE

- 16 sièges décomplétés, soit 18 %
- 2 sièges complets, soit 6 %

b) MULTIPARE

- 4 sièges décomplétés, soit 5 %
- 4 sièges complets, soit 10 %

Ce dernier chiffre rend compte de notre impression : le siège complet ne nous paraît être en soi une éventualité plus favorable. C'est ce qu'écrivaient déjà LACOMME et LE LORIER en 1955.

Par contre, la notion classiquement pessimiste touchant le siège décompleté de la primipare se trouve ici vérifiée jusqu'à l'évidence. Dans un service où les indications de la césarienne sont très sévèrement discutées et rigoureusement posées, le chiffre de 18 % est ENORME.

3) MOMENT DE LA CESARIENNE

Césarienne systématique à la fin du neuvième mois.

Nous trouvons :

- 12 cas pour rétrécissement pelvien ;
- 2 cas pour primiparité âgée.

Dans tous les autres cas, la décision d'intervenir a été posée en cours de travail ; donc, dans près de la moitié des cas, césarienne secondaire.

4) EXISTE-T-IL UNE DIFFERENCE DANS NOS DEUX SERIES ?

- De 1953 à 1958 : 25 césariennes pour 171 sièges, soit 14,5 %.
- De 1958 à 1960 : 1 seule intervention pour 45 sièges, soit 2 %.

Cette différence est considérable.

Certes, le hasard a pu jouer en diminuant la fréquence des indications habituelles, mais plus que le hasard, un facteur nouveau est intervenu : la perfusion post-hypophysaire avec les variantes que nous lui avons apportées : c'est-à-dire, application en cours de dilatation et utilisation exclusive d'hormone synthétique.

5) RESULTATS

Du point de vue fœtal, ces 26 césariennes ont toutes donné naissance à des enfants vivants.

Pour trois d'entre eux, une réanimation un peu longue :

- pour l'un, il y avait eu une procidence du cordon ;
- pour un second, il existait un placenta recouvrant.

C'est dire que l'intervention a été pleinement satisfaisante.

Mais, du point de vue obstétrical pur, nous n'en sommes pas moins sévères quant aux indications, car pratiquer une césarienne :

- c'est grever lourdement l'avenir obstétrical de la femme
 - quelle que soit la qualité de la cicatrice utérine ;
 - c'est, même dans l'immédiat, grever cet accouchement du risque opératoire et les suites de couches du danger plus grand de phlébite pelvienne génératrice d'embolies, ceci quels que soient les progrès de l'anesthésie moderne et la sécurité de l'incision segmentaire transversale.
-

Indications de la perfusion de post-hypophyse en présentation du siège

Ces quelques considérations nous conduisent à envisager la place de la perfusion dans la conduite à tenir, plus spécialement en face des indications chirurgicales.

1) LA CESARIENNE

Pratiquée en fin de grossesse ou en tout début du travail, garde toutes ses indications :

- bassin rétréci ;
- primipare âgée de plus de trente-cinq ou quarante ans ;
- malformation utérine ;
- toute dystocie associée.

Le gros enfant est une indication que nous soulignons, de même que le siège avec déflexion céphalique primitive, découverte à la radiographie.

2) LA DIRECTION DE L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE

- a) Le respect de la poche des eaux est très important.
- b) L'usage des antispasmodiques conserve tout son intérêt.
- c) La préparation à l'accouchement nous paraît plus indiquée que partout ailleurs, non pas tant pour son rôle « analgésique » que pour éviter qu'un élément central vienne encore perturber le déroulement de l'accouchement.
- d) Quand placerons-nous une perfusion et devons-nous en placer une systématiquement ?

Par principe, nous sommes ennemis de ce qui est systématique en obstétrique. De fait, nous serons souvent amenés à poser une perfusion en avant écarte toutes les causes possibles de rupture utérine, c'est-à-dire :

- la cicatrice utérine ;
- la multiparité au delà de la quatrième grossesse ;
- l'hydramnios.

Le moment ? c'est le début de la dilatation.

Grâce à la perfusion, le travail doit être regularisé, la dilatation sans à-coups. Sinon, c'est qu'un obstacle imprévu s'y oppose.

La perfusion intra-veineuse lente d'hypophyse n'est pas une panacée. Elle ne lève pas toutes les difficultés, surtout en présentation du siège. Nous savons même que, thérapeutique très active, son action sur le « moteur » utérin doit être surveillée de près pour éviter la tempête de contractions utérines, tempête génératrice de souffrance fœtale grave, voire de rupture utérine.

Mais c'est là la supériorité de la voie intra-veineuse lente : un geste suffit à arrêter l'action du produit.

Si donc le déroulement de l'accouchement ne nous satisfait pas, malgré la perfusion, *il ne faut pas insister, il faut passer par voie haute.*

La perfusion ainsi conçue présente un intérêt considérable, car elle devient une thérapeutique d'épreuve qui permet d'opter pour la voie haute ou la voie basse.

On en arrive logiquement à *une épreuve dynamique du travail* en présentation du siège, épreuve sur laquelle l'accord est à peu près réalisé aujourd'hui, épreuve qui, en cas d'échec, conduira à la *césarienne secondaire* en cours de travail.

Conclusions

Après la première partie de cette étude, nous attitude vis-à-vis de la perfusion intra-veineuse lente d'hypophyse était réservée. Nous avons décidé de poursuivre l'expérience.

Et, de fait, la perfusion d'hormone post-hypophysaire synthétique employée en cours de dilatation (et non plus réservée à la période d'expulsion) nous a paru « changer quelque chose » au problème du siège :

- 1° Sur 190 accouchements, la mortalité par voie basse passe de 7,8 % sans perfusion à 5,1 % avec perfusion.
- 2° Les accouchements simples sont aussi fréquents en cas de perfusion précoce que sans perfusion. Dans notre série n° 2, ils sont même plus fréquents : 80 % contre 62 %.
- 3° Les réanimations longues de plus de cinq minutes sont toujours plus fréquentes qu'en l'absence de perfusion.
Mais en aucun cas cette réanimation n'a eu de suites pendant le séjour du nouveau-né à l'hôpital.
- 4° Les césariennes ont une fréquence :
 - de 14,5 % dans notre série I ;
 - de 2 % dans notre série II ;ce qui doit être mis à l'actif de la généralisation de la perfusion avec ses modalités nouvelles.
- 5° Tous les facteurs classiques créateurs de dystocie ont été retrouvés dans notre statistique et spécialement le siège décomplété chez la primipare.
Nous avons insisté sur les difficultés liées au poids du fœtus : les enfants nés vivants par voie basse, pesant plus de 3.500 g, ne dépassent pas 25 %.

6° Et c'est là l'intérêt fondamental de la perfusion posée à un stade précoce de la dilatation : elle réalise une épreuve thérapeutique permettant de choisir suffisamment tôt entre la voie haute et la voie basse. Par son action favorable sur la contraction utérine, elle permet dans les meilleures conditions l'épreuve dynamique du travail, comme la conçoit actuellement notre Maître le Professeur MERGER.

La surveillance rigoureuse de la réaction utérine, du comportement fœtal, imposent en cas d'anomalie l'arrêt immédiat de la perfusion ; l'absence de progression malgré une bonne dynamique utérine, c'est-à-dire l'échec de l'épreuve, impose l'intervention césarienne.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
MERGER

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

Bibliographie

- BAINBRIDGE, NIXON, SCHLIE et SMYTH. — Synthetic oxytocin. (*Brit. Med. J.*, 19 mai 1956, 1134-1136.)
- BÉGUÈRE. — Etude statistique de la mortalité intra-partum et néo-natale des enfants nés en présentation du siège. (*Thèse*, Paris, 1953, n° 310.)
- BOSCH (K.) et KASER (O.). — L'ocytocine en obstétrique. (*Journal Suisse de Médecine*, 1956, n° 9.)
- BRINDEAU et LANTUÉJOU. — La présentation du siège La Version. (Paris, 1937.)
- CHOSSON (J.), RUF (H.), MÉRITE (G.), ZUNINO. — Nouvelles observations sur l'utilisation d'un ocytocique de synthèse. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst.*, 1956, pp. 638-639.)
- CHOSSON (J.), RUF (H.) et BARRAUD. — Résultats obtenus avec un nouvel ocytocique : l'O.T.S. 68. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst.*, 1956, n° 2, pp. 216-219.)
- CRÈZE (J.) et ROUCHY (R.). — Etude critique de 1.096 perfusions de post-hypophyse. (*Gyn. et Obst.*, 1957, 56, n° 1, pp. 79-93.)
- DU VIGNAUD, RESSLER, SWAN, ROBERTS, KATSOYANIS. — The synthesis of oxytocin. (*J. of Amer. Chem. Soc.*, 1954, 76, 3115.)
- FACQ. — *Thèse*, Nancy, 1950.
- FOUQUE. — Etude clinique et expérimentale d'un ocytocique de synthèse. (*Thèse*, Marseille, 1958.)
- FRANCIS (M.M.), FRANCIS (W.J.A.). — Clinical trial of synthetic oxytocin. (*Brit. Med. J.*, 19 mai 1956, 1136.)
- GRANJON (A.) et HENRION (R.). — Conduite à tenir au cours de l'accouchement en présentation du siège. Grande extraction systématique. (*Gyn. et Obstétrique*, 1959, 58, n° 1, pp. 43-64.)
- JAROUSSE (J.) et LERAT (M.F.). — Etude des facteurs du pronostic et de la détermination de la conduite à tenir dans la présentation du siège. (*Rev. Franç. Gyn. et Obst.*, 1959, n° 2, pp. 91-108.)
- Etude statistique des résultats d'une série de 368 accouchements par le siège. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst.*, 1958, 10, n° 3, pp. 345-350.)

- LACOMME et LE LORIER. — Sur quelques éléments du pronostic foetal dans la présentation du siège. Réflexion sur les indications du traitement chirurgical. (*Rev. Franç. Gyn. et Obst.*, 1955, 11, 12, 348.)
- LAHAYE (M.). — La perfusion d'orasthin dans la présentation du siège. (*Bruxelles Médical*, 21 juillet 1957, n° 30, pp. 1119-1126.)
- LANTUÉJOUL (P.). — Considérations sur la présentation du siège chez la primipare. (*Leçons du Jeudi soir à la Clinique Tarnier*, 1936.)
- LANVIN et TRÉVOUX. — Attitude du praticien devant la présentation du siège. (*Revue du Praticien*, 1955, V, 21.)
- MAHON (R.). — La perfusion hypophysaire dans les accouchements par le siège. (*Sem. Hôp. Paris*, 10 juillet 1957, pp. 2680-2681.)
- MAHON (R.), PÉRY (G.), SOUMIREU et MOURAT. — La perfusion d'extrait hypophysaire dans les accouchements par le siège. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst.*, avril-mai 1958, 10, n° 2, pp. 180-181.)
- MERGER (R.), MELCHIOR (J.) et CHICHA (C.). — Perfusion intra-veineuse lente de post-hypophyse au cours du travail. Deux mille observations portant sur huit années. Etude des indications et des résultats. (*Gyn. et Obst.*, 1958, 57, n° 4, pp. 349-361.)
- MORÉNO. — Perfusion de post-hypophyse dans l'accouchement du siège. (*Thèse*, Paris, 1955, n° 1056.)
- PAQUET (P.) et PIRSON (C.). — La présentation du siège. Etude comparative des méthodes de Bracht et de Mauriceau. (*Bruxelles Méd.*, février 1947, n° 8, pp. 400-410.)
- QUIVY (J.) et DEJOIE (A.). — Utilisation du syntocinon en obstétrique. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst.*, 1958, 10, n° 3, pp. 350-351.)
- RIVIÈRE, MAHON, CHASTRUSSE et DUROU. — A propos de la grande extraction du siège. (*Gyn. Obst. (suppl.)*, 1949, 1, n° 2, pp. 136-138.)
- THEOBALD (G.W.), GRAHAM (A.), CAMPBELL (J.), GANGE (P.D.), DRISCOLL (W.J.). — The use of post pituitary extract in physiological amounts in obstetrics. (*Brit. Med. J.*, 1948, 2, p. 123.)
- VARANGOT, LE LORIER et COTE. — Sur l'emploi des extraits post-hypophysaires en perfusion. (*Gyn. Obst. (suppl.)*, 1950, 2, n° 4.)
- VARANGOT, COTE, YBERT et LEGROS. — Utilisation des extraits post-hypophysaires en perfusion lente continue dans le traitement des dystocies fonctionnelles au cours du travail. (*Gyn. et Obst.*, 1951, 51, 1, pp. 39 à 51.)
- VARANGOT et COTE. — Les perfusions d'extraits post-hypophysaires au cours du travail. Revue de 634 observations. (*Sem. Hôp. Paris*, 20 mars 1955, 31, n° 18, 2, pp. 58-65.)

- VAGRANGOT (J.) et COTE (M.). — Etudes d'hystérogaphie interne au cours du travail. (*Gyn. Obst.*, 1955, 54, 149.)
- VARANGOT (J.), COTE (M.) et GUIGUET (C.). — Sur l'activité ocytocique de l'ocytocine synthétique au cours du travail et de la délivrance. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst.*, 1958, 10, n° 3, pp. 299-303.)
- VERMELIN (H.), BRAYE (M.) et COLETTE (C.). — Etude critique de 200 cas de perfusion d'extrait hypophysaire. (*Gyn. et Obst.*, 1957, 56, n° 4, 403.)
- VERMELIN et RIBON. — Présentation du siège. (*Encyclopédie Méd.-Chir.* (Obstétrique), 1952, vol. 1.)
- VAUDESCAL. — Le pronostic de l'accouchement par le siège. (*Leçon du Jeudi soir à la Clinique Tarnier*, 1930, 178.)
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	17
PREMIÈRE PARTIE	19
— <i>Technique</i>	19
— <i>Matériel d'étude</i>	20
— <i>Résultats</i>	21
— <i>Discussion</i>	32
DEUXIÈME PARTIE	35
— <i>Modifications techniques</i>	35
— <i>Matériel d'étude</i>	37
— <i>Résultats</i>	37
RÉSULTATS D'ENSEMBLE	41
ETUDE DE LA MORTALITÉ FŒTALE ET PÉRI-NATALE	43
PLACE DE L'INTERVENTION CÉSARIENNE	47
INDICATIONS DE LA PERFUSION DE POST-HYPOPHYSE EN PRÉSENTATION DU SIÈGE ..	51
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	55

